



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

**NOTA TÉCNICA Nº02/2015/GEAF/SESA**

**Assunto:** Modelos de oferta dos medicamentos de ação direta (**sofosbuvir, daclastavir e simeprevir**) para tratamento da Hepatite C no Estado do Espírito Santo.

**Público-Alvo:**

- Farmácias Cidadãs Estaduais;
- Serviços de Referência no Tratamento de Hepatite:

<b>UNIDADE</b>	<b>MUNICÍPIO</b>
Serviço de Atendimento Especializado e Centro Testagem e Aconselhamento	Aracruz
Centro de Referência a em Infectologia "Abel Santana"	Cachoeiro de Itapemirim
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	Colatina
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	Guaçui
Unidade de saúde	Jaguaré
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	Linhares
Centro Municipal de Especialidades - Serviço de Atendimento Especializado DST Aids	Santa Maria de Jetibá
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	São Mateus
Serviço de Atendimento Especializado Hospital Estadual Dório Silva	Serra
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	Serra
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	Vila Velha
Serviço de Atendimento Especializado Centro de Testagem e Aconselhamento	Vitória
SAE Pediátrico -- Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória -- HINSG	Vitória
Serviço de Atendimento Especializado Santa Casa de Misericórdia	Vitória
Serviço de Atendimento Especializado - HUCAM	Vitória
Serviço de Atendimento Especializado Hospital Policia Militar - HPM	Vitória



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA**

---

Considerando:

- A Portaria GM/MS nº 1.554 de 30 de Julho de 2013, alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de Setembro de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do SUS;
- O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Tratamento da Hepatite Viral C e Coinfecções no âmbito do CEAF, publicado pela Portaria SCTIE/MS nº 37, de 24 de julho de 2015;
- A Nota Informativa Conjunta nº 93/2015 – DDAHV/SVS/MS, DAF/SCTIE/MS, DGITS/SCTIE/MS e GGMON/SUCOM/ANVISA, de 20 de agosto de 2015.

Informamos:

O Estado do Espírito Santo adotará dois modelos de oferta dos medicamentos para tratamento da hepatite C, a saber:

**1. Dispensação através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

Neste modelo, pacientes serão encaminhados às Farmácias Cidadãs Estaduais. De acordo com a necessidade dos pacientes, os médicos prescritores deverão preencher os documentos necessários para solicitação dos seguintes medicamentos para tratamento da hepatite C contemplados no PCDT.

A primeira solicitação de medicamentos e a renovação de continuidade do tratamento da hepatite C poderão ser feitas pelo paciente, oriundo dos serviços públicos de saúde ou saúde suplementar, diretamente nas farmácias estaduais do Estado do Espírito Santo, munidos dos seguintes documentos:

**Primeira solicitação:**

- a) Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível, pelo médico oftalmologista responsável pelo atendimento ao paciente.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

---

- b) Prescrição de medicamento, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico oftalmologista responsável pelo atendimento ao paciente.
- c) Cópia de documentos pessoais do paciente:
- Documento de identidade (RG);
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- d) Exames:

**- Hepatite C aguda:**

- Dois exames de anti-HCV realizados com intervalo de 90 dias **ou** exames de Anti-HCV e HCV-RNA quantitativo realizados até 90 dias após início dos sintomas ou data de exposição;
- $\beta$ -HCG para mulheres em idade fértil realizado até 15 dias antes da data de solicitação dos medicamentos;
- Hemograma completo; creatinina sérica; TSH e T4 livre realizados até três meses antes da solicitação dos medicamentos (não há necessidade de se realizar os exames de genotipagem ou biópsia Hepática).

**- Hepatite C crônica:**

- Anti-HCV reagente ou HCV-RNA quantitativo com mais de 6 meses;
- HCV-RNA quantitativo realizado com até 3 meses antes da solicitação de medicamentos;
- Genotipagem do HCV;
- Eletrocardiograma realizado com até 3 meses antes da solicitação de medicamentos;
- $\beta$ -HCG para mulheres em idade fértil realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos;
- Relatório médico com a indicação do tratamento conforme o PCDT.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

**Para tratamento crônico de Hepatite C com alfapeginterferona:** Hemograma completo; Creatinina sérica; TSH e T4 Livre realizados até três meses antes da solicitação dos medicamentos.

**Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com Fibrose Hepática avançada:** cálculo dos escores APRI ou FIB4 + AST, ALT e contagem de plaquetas até três meses antes da solicitação dos medicamentos; **OU** Elastografia Hepática com resultado em kPa; **OU** Biópsia Hepática com resultado Metavir F3 ou F4.

**Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com METAVIR F2 há mais de três anos:** Biópsia hepática com resultado em Metavir F2 há mais de três anos. Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com coinfeção HCV/HIV: número de notificação de AIDS no Sistema Integrado de 3 Agravos de Notificação (SINAN)

**Para tratamento crônico de Hepatite C de pacientes com evidências ecográficas sugestivas de cirrose hepática:** a) Ultrassonografia de abdome superior realizado até três meses antes da solicitação de medicamentos; b) Endoscopia digestiva alta com sinais sugestivos de cirrose hepática (varizes de esôfago).

**Renovação de Continuidade do Tratamento:**

- a) Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico oftalmologista responsável pelo atendimento ao paciente
- b) Prescrição de medicamento, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico oftalmologista responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
- c) Exames:

**Para pacientes sem cirrose Semestral:** Hemograma; Coagulograma; Na; K; Uréia; Creatinina; Clearance de Creatinina; AST; ALT; Fosfatase alcalina; Gama GT; Bilirrubina total e frações; Glicemia; Proteína total; Albumina. **Anual:** EAS



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA

---

**Para pacientes com cirrose Trimestral ou Quadrimestral:** Hemograma; Coagulograma; Na; K; Uréia; Creatinina; Clearance de Creatinina; AST; ALT; Fosfatase alcalina; Gama GT; Bilirrubina total e frações; Glicemia; Proteína total; Albumina. **Para mulheres em idade fértil Semestral:**  $\beta$ -HCG


## 2. Dispensação através do Serviço de Referência em Hepatite da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

No modelo de oferta dos medicamentos para o tratamento da Hepatite C no âmbito do SUS, através do serviço de referência, o paciente será encaminhado para as farmácias cidadãs estaduais para solicitação de medicamentos e abertura de processo, portando todos os exames e documentos supracitados. Porém, neste modelo a dispensação dos medicamentos simprevir, daclastavir e sofosbuvir ocorrerá no próprio serviço.

Esta Nota Técnica entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 18 de novembro de 2015

  
**Lucienne Bermond Fadini**  
Gerente Estadual de Assistência Farmacêutica

  
**Magnus Bicalho Thezolin**  
Subsecretário para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde